

BORSTKANKERZORG IS ER OOK VOOR RISICOPATIËNTEN

Monro Kliniek haalt krenten uit de pap

Het eerste Nederlandse borstkankerziekenhuis, de Alexander Monro Kliniek in Bilthoven, kreeg ruim aandacht in Medisch Contact en andere media. Volgende week is de officiële opening. Radioloog Floris Sanders twijfelt sterk aan de meerwaarde voor de borstkankerpatiënt.

Op 23 mei worden de deuren van de Alexander Monro Kliniek officieel geopend. Chirurg en directeur Jan van Bodegom is ervan overtuigd dat gecentraliseerde en gespecialiseerde zorg zoals zijn kliniek die gaat aanbieden, tot betere behandelresultaten en een hogere patiënttevredenheid leidt. Zijn enthousiasme werkt aanstekelijk, maar is het ook terecht en wordt de patiënt met borstkanker hier beter van?

Grote afstanden

In Nederland is mammacarcinoom de meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen. Het overgrote deel (ruim 85%) van hen heeft een invasief carcinoom, dat doorgaans mammasparend kan worden behandeld. Volgens de landelijke richtlijn mammacarcinoom kan mammachirurgie in een kort opnameprogramma worden aanbevolen, mits, in overleg met de patiënt, thuiszorg, fysiotherapeut en huisarts een sluitend pakket aan zorg kan worden samengesteld. Daarvoor zijn intensieve samenwerking en goede afspraken met ketenpartners noodzakelijk. Dat gaat het beste in de regio waar al nauwe

samenwerking in de keten plaatsvindt en zorgverleners al regelmatig met elkaar overleggen. De landelijke ambities van de Alexander Monro Kliniek zullen het er niet gemakkelijker op maken om dergelijke afspraken met zoveel ketenpartners in het land te maken en na te komen. Vervolgens komen alle mammasparend geopereerde patiënten in aanmerking voor gefractioneerde bestraling. Dat impliceert een groot aantal bezoeken aan een afdeling radiotherapie, doorgaans 25 tot 30. En zelfs als Van Bodegom alles in huis heeft wat nodig is voor optimale borstkankerbehandeling, waaronder een radiotherapeut, dat ontslaat hem niet van de verplichting om ook met een groot aantal afdelingen radiotherapie in het

De reisafstand draagt niet bij aan patiëntvriendelijkheid

land multidisciplinair overleg te gaan voeren.

En al zou de Monro Kliniek op termijn over een eigen afdeling radiotherapie beschikken, dan nog blijft het weinig patiëntvriendelijk om mensen voor een radiotherapeutische behandeling veelvuldig over grote afstanden naar Bilthoven te laten afreizen.

Ook zal een groot deel van de te behandelen patiënten in aanmerking komen voor adjuvante chemotherapie. In het bijzonder gaat het dan om de patiënten met positieve okselklieren of een prognostisch ongunstige tumor zonder lymfeklier metastasen. Afhankelijk van het te volgen schema (chemo- of chemo-immunotherapie) gaat het hier voor elke patiënt al gauw om 6 tot 29 bezoeken aan een dagbehandeling oncologie. Het zal een forse extra belasting voor de patiënt betekenen als ook dat niet in de eigen regio kan plaatsvinden.

Een klein deel van de patiënten zal zich initieel presenteren met grote tumoren of uitgebreide lokale ziekte. Sommigen van hen komen in aanmerking voor neoadjuvante chemotherapie. Ook dan zal een verregaande centralisatie van de oncologische zorg met bijpassende reisafstanden niet aan een patiëntvriendelijke situatie bijdragen. Dat is a fortiori het geval waar het oudere patiënten betreft met substantiële comorbiditeit.

Risicopatiënten

En wat als patiënten een verhoogd operatierisico hebben? Komen ze dan wel

Een invasief
carcinoom kan
doorgaans borst-
sparend worden
behandeld



CORBIS

voor behandeling in dit nieuwe centrum in aanmerking? Het lijkt er niet op. Een cardioloog en een longarts heeft Van Bodegom althans niet in dienst. Bij de wél in de Monroe Kliniek behandelde patiënten zullen complicaties van operatieve en chemotherapeutische behandelingen zich met zekerheid aandienen. Wat moet de patiënt doen die buiten kantooruren wordt getroffen door een complicatie bij de chemotherapie, zoals een longembolie, om maar niet te spreken over een patiënt met een neutropenie en

sepsis? Over de 7 x 24 uur beschikbaarheid van het behandelteam wordt door de Monroe Kliniek echter met geen woord gerept. De realiteit is dat er voor deze patiënten geen opvang mogelijk is in de Monroe Kliniek, omdat daar alleen laag-complexe zorg geleverd kan worden en bijvoorbeeld geen intensive care beschikbaar is. Het lijkt er dus op dat de patiënt ook daarvoor op een lokaal ziekenhuis moet terugvallen. Onvermijdelijk zal een deel van de te behandelen patiënten reeds bij de initiële

presentatie gemetastaseerde ziekte blijken te hebben, of later metastasen ontwikkelen. Het behoeft nauwelijks betoog dat het in deze situaties weinig aantrekkelijk zal zijn om de dan noodzakelijke zorg zoals chemotherapie op grote afstand te moeten betrekken. In het kader van gemetastaseerde ziekte kunnen ook complexe en uiterst bedreigende situaties ontstaan als uitgebreide pulmonale metastasering, pleuritis en pericarditis carcinomatosa, levermetastasen met galweg-obstructie, botmetastasen met dreigende

De aanpak van Van Bodegom is een vorm van cherrypicking

of manifeste pathologische fracturen en dreigende dwarslaesies. Bij de diagnostiek en behandeling van deze soms zeer spoedeisende zaken zijn in de dagelijkse praktijk veel specialismen betrokken. Het gaat dan niet meer uitsluitend over de oncoloog en de radiotherapeut, maar ook de neuroloog, neurochirurg, orthopeed, longarts, cardioloog et cetera. Deze staan in de Alexander Monroe Kliniek niet ter beschikking.

Onredelijk

Pleit ik dan voor een situatie waarin alle Nederlandse ziekenhuizen patiënten met borstkanker mogen blijven behandelen? Zeker niet: er mogen zeker eisen worden gesteld aan het minimale aantal patiënten dat in een centrum behandeld moet worden en dat zal tot een duidelijke centralisatie van borstkankerbehandelingen aanleiding geven in enkele tientallen ziekenhuizen. Ik werk echter in een regio met een aantal grote ziekenhuizen die al jarenlang met zeer ervaren multidisciplinaire behandelteams grote aantallen patiënten met borstkanker behandelen en alle complicaties daarvan op basis van 7 x 24 uur beschikbaarheid opvangen. Waar nodig wordt altijd laagdrempelig overleg gevoerd met AvL/NKI of het UMCU. De ziekenhuizen in mijn regio boeken uitstekende resultaten zonder dat daaraan grote ruchtbaarheid wordt gegeven.

Op de website van de Monroe Kliniek wordt uitgebreid aandacht besteed aan de kwaliteitsindicatoren voor borstankerzorg. Achter elke indicator heeft het nieuwe centrum alvast een groen vinkje geplaatst, terwijl de eerste patiënt nog behandeld moet gaan worden. Of deze 'prestaties' in de praktijk bewaarheid

gaan worden, is voor mij nog maar de vraag. Vooralsnog betreft het hier grotendeels ongesubstantieerde claims. De aanpak van Van Bodegom leidt niet alleen tot een zeer patiëntonvriendelijke situatie, maar getuigt ook van een veredelde vorm van cherrypicking – het behandelen van de 'gemakkelijkste' patiënten, terwijl de complicaties van zijn behandelingen en de 'moeilijke' patiënten door lokale ziekenhuizen moeten worden opgevangen. En daar kan ik weinig waardering voor opbrengen. Het betekent immers dat de aanzienlijke kosten die met complicaties gepaard gaan bij deze ziekenhuizen terechtkomen, terwijl

de inkomsten van de behandeling zelf ten deel vallen aan de Alexander Monroe Kliniek. De onredelijkheid daarvan is evident. ■

Het artikel waar Floris Sanders op reageert, vindt u in Medisch Contact nummer 11 (2013) op blz. 594 e.v.

contact

fsanders@diakhuis.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

Meer over de Monroe Kliniek vindt u bij dit artikel via medischcontact.nl/artikelen

REACTIE ALEXANDER MONRO ZIEKENHUIS

Het Alexander Monroe Ziekenhuis heeft na vijf intensieve jaren van voorbereiding op 16 april 2013 haar deuren geopend. Gefaseerd werden de diverse afdelingen operationeel. Om de veiligheid en kwaliteit te waarborgen zijn we begonnen met sneldiagnostiek: mammografie, tomosynthese en echografie, daarna op indicatie met de MRI. Vervolgens zijn de eerste patiënten geopereerd en daarna is de chemotherapie gestart. Inmiddels zijn de eerste weken achter de rug en kunnen wij trots melden dat zowel de feedback van patiënten als de medische resultaten onze eigen verwachtingen overtreffen.

Onze faciliteiten, medische staf en referentiesamenwerkingen voldoen aan alle eisen die patiënten, patiëntenverenigingen zoals Borstkankervereniging Nederland (BVN) en richtlijnen (SONCOS en DBCA) aan ons en ieder ander ziekenhuis stellen. Wij zijn de afgelopen maanden met alle relevante partijen – waaronder IGZ – ook bij ons op locatie, in gesprek geweest en kunnen daaruit concluderen dat wij ten minste aan alle gestelde eisen voldoen.

Wij begrijpen als geen ander dat ook huisartsen en medisch specialisten willen weten hoe wij in het Alexander Monroe Ziekenhuis de zorg georganiseerd hebben en de kwaliteit borgen. Voor een deel is die informatie te vinden op onze website (www.alexandermonro.nl). Tegelijkertijd beseffen wij dat we nog méér kunnen doen. Daarom zullen wij de komende maanden huisartsen en specialisten bij ons uitnodigen, zodat iedereen kan zien hoe wij werken en in de praktijk invulling geven aan onze ambitie om hét borstkankerziekenhuis van Nederland te worden.

Wij kijken uit naar deze ontmoetingen en staan open voor collegiale suggesties en adviezen!

Namens ons gehele team,
Anja Timmer-Bonte, internist-oncoloog
Miranda Ernst, mammachirurg
Mechli Imhof, mammaradioloog
May Runday, anesthesioloog-intensivist